Załącznik B.6.

**LECZENIE CHORYCH NA RAKA PŁUCA (ICD-10: C34) ORAZ MIĘDZYBŁONIAKA OPŁUCNEJ (ICD-10: C45)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO** | | |
| **ŚWIADCZENIOBIORCY** | **SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW  W PROGRAMIE** | **BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU** |
| 1. **Kryteria kwalifikacji**    1. **Chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca z mutacją aktywującą w genie *EGFR* do leczenia pierwszej linii z zastosowaniem afatynibu albo dakomitynibu albo ozymertynibu**       * 1. rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne:            1. raka gruczołowego lub raka wielkokomórkowego,            2. raka niedrobnokomórkowego z przewagą raka gruczołowego lub raka wielkokomórkowego,            3. raka niedrobnokomórkowego bez ustalonego podtypu (ang. *not otherwise specified* – NOS);         2. obecność mutacji aktywującej w genie *EGFR* (receptor naskórkowego czynnika wzrostu) potwierdzonej z wykorzystaniem zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat programu kontroli jakości dla danego testu;         3. stopień zaawansowania klinicznego IV (stadium uogólnienia) lub III z brakiem możliwości przeprowadzenie leczenia radykalnego (radiochemioterapia, radioterapia, chirurgia);         4. obecność zmian umożliwiających przeprowadzenie obiektywnej oceny odpowiedzi w badaniach obrazowych z zastosowaniem kryteriów oceny aktualnie obowiązującego systemu RECIST (ang. *response evaluation criteria in solid tumours*) lub obecność policzalnych zmian niemierzalnych;         5. nieobecność objawowych przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym lub cech progresji przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (chirurgia, radioterapia);         6. wiek powyżej 18 roku życia;         7. sprawność w stopniu 0-2 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG;         8. nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym leczeniem farmakologicznym chorób współwystępujących;         9. czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (dalej ChPL);         10. czynność nerek i wątroby umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL;         11. nieobecność przeciwwskazań do stosowania afatynibu albo dakomitynibu albo ozymertynibu określonych w ChPL;         12. wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem.   Kryteria kwalifikowania muszą być spełnione łącznie.   * 1. **Chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca do leczenia drugiej, trzeciej i kolejnych linii z wykorzystaniem ozymertynibu po niepowodzeniu wcześniejszego leczenia afatynibem, dakomitynibem, erlotynibem, gefitynibem i potwierdzoną obecnością mutacji T790M w genie *EGFR***      + 1. rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne:           1. raka gruczołowego lub raka wielkokomórkowego,           2. raka niedrobnokomórkowego z przewagą raka gruczołowego lub wielkokomórkowego,           3. raka niedrobnokomórkowego bez ustalonego podtypu (ang. *not otherwise specified* – NOS);        2. obecność mutacji T790M w genie *EGFR* potwierdzona z wykorzystaniem zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat programu kontroli jakości dla danego testu;        3. progresja choroby po wcześniejszym zastosowaniu afatynibu lub dakomitynibu lub erlotynibu lub gefitynibu;        4. obecność zmian umożliwiających przeprowadzenie obiektywnej oceny odpowiedzi w badaniach obrazowych z zastosowaniem kryteriów oceny aktualnie obowiązującego systemu RECIST (ang. *response evaluation criteria in solid tumours*) lub obecność policzalnych zmian niemierzalnych;        5. nieobecność objawowych przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym lub cech progresji przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (chirurgia, radioterapia);        6. wiek powyżej 18 roku życia;        7. sprawność w stopniu 0-2 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG;        8. czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL;        9. czynność nerek i wątroby umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL;        10. nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym leczeniem farmakologicznym chorób współwystępujących;        11. nieobecność przeciwwskazań do stosowania ozymertynibu określonych w ChPL;        12. wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem.   Kryteria kwalifikowania muszą być spełnione łącznie.   * 1. **Chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca po radykalnym leczeniu chirurgicznym do leczenia uzupełniającego z wykorzystaniem ozymertynibu i potwierdzoną obecnością mutacji w genie *EGFR***      + 1. rozpoznanie pooperacyjne gruczołowego raka płuca lub niedrobnokomórkowego raka płuca z przewagą komponenty gruczolakoraka;        2. obecność mutacji aktywującej w genie *EGFR* z delecją w eksonie 19. lub substytucja w eksonie 21. potwierdzona z wykorzystaniem zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat programu kontroli jakości dla danego testu;        3. zaawansowanie patomorfologiczne w stopniu IB – III według klasyfikacji UICC z 2016 roku;        4. uprzednie poddanie radykalnemu leczeniu chirurgicznemu niezależnie od zastosowania chemioterapii uzupełniającej;        5. wiek powyżej 18 roku życia;        6. sprawność w stopniu 0-1 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG;        7. czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL;        8. czynność nerek i wątroby umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL;        9. nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym leczeniem farmakologicznym chorób współwystępujących;        10. nieobecność przeciwwskazań do stosowania ozymertynibu określonych w ChPL;        11. wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem;   Kryteria kwalifikowania muszą być spełnione łącznie.   * 1. **Chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca z rearanżacją w genie *ALK* lub *ROS1* do leczenia z wykorzystaniem substancji czynnej:**   **kryzotynib (rearanżacja genów *ALK* lub *ROS1*) w pierwszej i kolejnej linii leczenia (chorzy z niepowodzeniem wcześniejszej chemioterapii),**  **alektynib (rearanżacja genu *ALK)* albo cerytynib (rearanżacja genu *ALK*) albo brygatynib (rearanżacja genu *ALK*) w pierwszej i kolejnej linii leczenia (chorzy z niepowodzeniem wcześniejszej chemioterapii i/lub po niepowodzeniu leczenia kryzotynibem),**  **lorlatynib (rearanżacja genu *ALK*) w leczeniu chorych po niepowodzeniu leczenia z zastosowaniem inhibitora ALK drugiej generacji u chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca,**  **entrektynib (rearanżacja genu ROS1) w pierwszej i kolejnej linii leczenia (chorzy z niepowodzeniem wcześniejszej chemioterapii)**   * + - 1. rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne:          1. raka gruczołowego lub raka wielkokomórkowego,          2. raka niedrobnokomórkowego z przewagą raka gruczołowego lub raka wielkokomórkowego,          3. raka niedrobnokomórkowego bez ustalonego podtypu (ang. *not otherwise specified* – NOS);       2. obecność rearanżacji w genie *ALK* lub *ROS1* na podstawie zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat programu kontroli jakości dla danego testu;       3. obecność zmian umożliwiających przeprowadzenie obiektywnej oceny odpowiedzi w badaniach obrazowych z zastosowaniem kryteriów oceny aktualnie obowiązującego systemu RECIST (ang. *response evaluation criteria in solid tumours*) lub obecność policzalnych zmian niemierzalnych;       4. stopień zaawansowania klinicznego IV (stadium uogólnienia) lub III z brakiem możliwości przeprowadzenia leczenia radykalnego (radiochemioterapia, radioterapia, chirurgia);       5. nieobecność objawowych przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym lub cech progresji przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (chirurgia, radioterapia);       6. wiek powyżej 18 roku życia;       7. sprawność w stopniu 0-2 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG;       8. nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym leczeniem farmakologicznym chorób współwystępujących;       9. czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL;       10. czynność nerek i wątroby umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL;       11. nieobecność przeciwwskazań do stosowania kryzotynibu albo entrektynibu albo alektynibu albo cerytynibu albo brygatynibu albo lorlatynibu określonych w ChPL;       12. wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem.   Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.   * 1. **Chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca do leczenia pierwszej linii z wykorzystaniem substancji czynnej pembrolizumab albo atezolizumab albo cemiplimab albo niwolumab w skojarzeniu z ipilimumabem:**   **rak niedrobnokomórkowy płuca (płaskonabłonkowy i niepłaskonabłonkowy) z ekspresją PD-L1 ≥ 50% – pembrolizumab albo atezolizumabem albo cemiplimab w monoterapii,**  **rak niepłaskonabłonkowy z ekspresją PD-L1 < 50% – pembrolizumab w skojarzeniu z pemetreksedem i pochodną platyny,**  **rak płaskonabłonkowy lub NOS z ekspresją PD-L1 < 50% – pembrolizumab w skojarzeniu z paklitakselem i karboplatyną;**  **rak niedrobnokomórkowy płuca (płaskonabłonkowy i niepłaskonabłonkowy) z ekspresją PD-L1 < 50% – niwolumab w skojarzeniu z ipilimumabem i chemioterapią (2 cykle) opartą o pochodne platyny**   * + - 1. rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne niedrobnokomórkowego raka płuca (rak płaskonabłonkowy lub niepłaskonabłonkowy lub NOS);       2. ocena ekspresji PD-L1 na komórkach nowotworowych na podstawie zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat programu kontroli jakości dla danego testu:          1. odsetek komórek nowotworowych z ekspresją PD-L1 50% lub większy – kryterium kwalifikacji do stosowania pembrolizumabu albo atezolizumabu albo cemiplimabuw monoterapii,          2. odsetek komórek nowotworowych z ekspresją PD-L1 poniżej 50% – kryterium kwalifikacji do stosowania pembrolizumabu albo niwolumabu i ipilimumabu w skojarzeniu z chemioterapią;       3. wykluczenie obecności mutacji w genie *EGFR* oraz rearanżacji genów *ALK* i *ROS1* w przypadku raka gruczołowego, wielkokomórkowego lub niedrobnokomórkowego raka płuca NOS (w przypadku rozpoznania raka płaskonabłonkowego wykonanie testów molekularnych nie jest wymagane);       4. stopień zaawansowania klinicznego IV (stadium uogólnienia) lub III z brakiem możliwości przeprowadzenia leczenia radykalnego (radiochemioterapia, radioterapia, chirurgia);       5. obecność zmian umożliwiających przeprowadzenie obiektywnej oceny odpowiedzi w badaniach obrazowych z zastosowaniem kryteriów oceny aktualnie obowiązującego systemu RECIST (ang. *response evaluation criteria in solid tumours*) lub obecność policzalnych zmian niemierzalnych;       6. nieobecność objawowych przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym lub cech progresji przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (chirurgia, radioterapia);       7. wiek powyżej 18 roku życia;       8. sprawność w stopniu 0-1 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG;       9. nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym leczeniem farmakologicznym chorób współwystępujących;       10. nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy typu 1, niedoczynności tarczycy, łuszczycy i bielactwa;       11. czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL;       12. czynność nerek i wątroby umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL;       13. nieobecność przeciwwskazań do stosowania pembrolizumabu, atezolizumabu, cemiplimabu, niwolumabu i ipilimumabu, pemetreksedu, paklitakselu, pochodnych platyny określonych w odpowiednich ChPL;       14. wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem.   Kryteria kwalifikowania muszą być spełnione łącznie.   * 1. **Chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca do leczenia kolejnej linii z zastosowaniem niwolumabu albo atezolizumabu we wszystkich typach niedrobnokomórkowego raka płuca**      + 1. rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne niedrobnokomórkowego raka płuca (wszystkie typy);        2. wykluczenie mutacji w genie *EGFR* oraz rearanżacji genu *ALK* i *ROS1* w przypadku raka gruczołowego, wielkokomórkowego lub niedrobnokomórkowego raka płuca NOS;        3. stopień zaawansowania klinicznego IV (stadium uogólnienia) lub III z brakiem możliwości przeprowadzenia leczenia radykalnego (radiochemioterapia, radioterapia, chirurgia);        4. obecność zmian umożliwiających przeprowadzenie obiektywnej oceny odpowiedzi w badaniach obrazowych z zastosowaniem kryteriów oceny aktualnie obowiązującego systemu RECIST (ang. *response evaluation criteria in solid tumours*) lub obecność policzalnych zmian niemierzalnych;        5. nieobecność objawowych przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym lub cech progresji przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (chirurgia, radioterapia);        6. wiek powyżej 18 roku życia;        7. sprawność w stopniu 0-1 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG;        8. nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym leczeniem farmakologicznym chorób współwystępujących;        9. nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy typu 1, niedoczynności tarczycy, łuszczycy i bielactwa;        10. czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL;        11. czynność nerek i wątroby umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL;        12. nieobecność przeciwwskazań do stosowania niwolumabu lub atezolizumabu określonych w ChPL;        13. wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem.   Kryteria kwalifikowania muszą być spełnione łącznie.   * 1. **Chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca o typie gruczołowym do leczenia kolejnej linii (chorzy z niepowodzeniem wcześniejszej chemioterapii, immunoterapii, chemioimmunoterapii) z zastosowaniem nintedanibu**      + 1. rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne raka gruczołowego płuca;        2. wykluczenie obecności mutacji w genie EGFR oraz rearanżacji genów ALK i ROS1;        3. stopień zaawansowania klinicznego IV (stadium uogólnienia) lub III z brakiem możliwości przeprowadzenia leczenia radykalnego (radiochemioterapia, radioterapia, chirurgia);        4. obecność zmian umożliwiających przeprowadzenie obiektywnej oceny odpowiedzi w badaniach obrazowych z zastosowaniem kryteriów oceny aktualnie obowiązującego systemu RECIST (ang. *response evaluation criteria in solid tumours*) lub obecność policzalnych zmian niemierzalnych;        5. nieobecność objawowych przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym lub cech progresji przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (chirurgia, radioterapia);        6. wiek powyżej 18 roku życia;        7. sprawność w stopniu 0-2 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG;        8. nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym leczeniem farmakologicznym chorób współwystępujących (ze szczególnym uwzględnieniem nadciśnienia tętniczego);        9. wykluczenie współwystępowania choroby zakrzepowo-zatorowej;        10. czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL;        11. czynność nerek i wątroby umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL;        12. nieobecność przeciwwskazań do stosowania nintedanibu i docetakselu określonych w ChPL;        13. wykluczenie wcześniejszego stosowania docetakselu oraz leków antyangiogennych;        14. wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem.   Kryteria kwalifikowania muszą być spełnione łącznie.   * 1. **Chorych na miejscowo zaawansowanego, nieoperacyjnego niedrobnokomórkowego raka płuca do leczenia konsolidującego durwalumabem**      + 1. rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne niedrobnokomórkowego raka płuca (wszystkie typy);        2. zaawansowanie kliniczne w stopniu III – chorzy po radykalnej jednoczasowej radiochemioterapii z zastosowaniem pochodnych platyny;        3. brak progresji choroby po radiochemioterapii jednoczasowej – stan potwierdzony w badaniu tomografii komputerowej (TK wykonanym w okresie do 6 tygodni po zakończeniu radioterapii);        4. stan sprawności 0-1 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG;        5. wiek powyżej 18 roku życia;        6. nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym leczeniem farmakologicznym chorób współwystępujących;        7. nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy, niedoczynności tarczycy, łuszczycy i bielactwa;        8. czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL;        9. czynność nerek i wątroby umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL;        10. Nieobecność przeciwwskazań do stosowania durwalumabu określonych w ChPL;        11. wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem.   Kryteria kwalifikowania muszą być spełnione łącznie.   * 1. **Chorych na drobnokomórkowego raka płuca do leczenia pierwszej linii z zastosowaniem atezolizumabu (w skojarzeniu z karboplatyną oraz etopozydem w fazie indukcji)**       + 1. rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne drobnokomórkowego raka płuca;        2. zaawansowanie kliniczne: stadium choroby rozległej (ang. *extensive stage*) wg klasyfikacji VASLG lub IV stopień zaawansowania wg klasyfikacji TNM;        3. obecność zmian umożliwiających przeprowadzenie obiektywnej oceny odpowiedzi w badaniach obrazowych z zastosowaniem kryteriów oceny aktualnie obowiązującego systemu RECIST (ang. *response evaluation criteria in solid tumours*) lub obecność policzalnych zmian niemierzalnych;        4. nieobecność przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym;        5. wiek powyżej 18 roku życia;        6. stopień sprawności 0-1 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG;        7. nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym leczeniem farmakologicznym chorób współwystępujących;        8. nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyjątkiem cukrzyc, niedoczynności tarczycy, łuszczycy, wyprysku, liszaja płaskiego i bielactwa;        9. nieobecność przeciwwskazań do zastosowania chemioterapii w tym odpowiednia czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL;        10. czynność nerek i wątroby umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL;        11. nieobecność przeciwwskazań do stosowania atezolizumabu określonych w ChPL;        12. wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem;   Kryteria kwalifikowania muszą być spełnione łącznie.   * 1. **Chorych na międzybłoniaka opłucnej do leczenia pierwszej linii (chorzy wcześniej nie poddawani leczeniu systemowemu) z zastosowaniem niwolumabu i ipilimumabu**      + 1. rozpoznanie międzybłoniaka opłucnej niekwalifikującego się do leczenia radykalnego;        2. obecność zmian umożliwiających przeprowadzenie obiektywnej oceny odpowiedzi w badaniach obrazowych z zastosowaniem kryteriów oceny aktualnie obowiązującego systemu RECIST (ang. *response evaluation criteria in solid tumours*) lub obecność policzalnych zmian niemierzalnych;        3. nieobecność objawowych przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym lub cech progresji przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (chirurgia, radioterapia);        4. wiek powyżej 18 roku życia;        5. sprawność w stopniu 0-1 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG;        6. nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym leczeniem farmakologicznym chorób współwystępujących;        7. nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy typu 1, niedoczynności tarczycy, łuszczycy i bielactwa;        8. czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL;        9. czynność nerek i wątroby umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL;        10. nieobecność przeciwwskazań do stosowania niwolumabu i ipilimumabu określonych w ChPL;        11. wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem.   Kryteria kwalifikowania muszą być spełnione łącznie.   1. **Określenie czasu leczenia w programie**    1. **Inhibitory kinazy tyrozynowej EGFR (afatynib, dakomitynib, ozymertynib) lub ALK/ROS1 (kryzotynib, entrektynib**, **alektynib, cerytynib, brygatynib, lorlatynib) lub inhibitor angiogenezy (nintedanib)**   Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z zasadami stosowania leków oraz z kryteriami wyłączenia z programu.   * + - 1. stosowanie leków anty-EGFR w ramach pierwszej linii (afatynib, dakomitynib, ozymertynib) lub drugiej, trzeciej i kolejnych linii leczenia (ozymertynib) lub leków anty-ROS1 lub anty-ALK (w ramach pierwsze lub kolejnej linii leczenia) lub inhibitora angiogenezy (nintedanib) jest prowadzone do stwierdzenia progresji choroby lub wystąpienia poważnych działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia;       2. stosowanie ozymertynibu w ramach leczenia uzupełniającego po leczeniu chirurgicznym jest prowadzone do stwierdzenia nawrotu choroby lub wystąpienia działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia lub maksymalnie przez 36 miesięcy. Podczas stosowania ozymertynibu możliwe jest okresowe przerwanie leczenia zgodnie z ChPL;       3. w przypadku pojawienia się w trakcie leczenia jednej do trzech – nowych – zmian poza ośrodkowym układem nerwowym (OUN) u chorych leczonych systemowo inhibitorami EGFR, ALK i ROS1 dopuszcza się kontynuowanie leczenia po zastosowaniu miejscowego leczenia ablacyjnego (najczęściej radioterapia stereotaktyczna wysokodawkowa lub chirurgia);       4. w przypadku pojawienia się w trakcie leczenia nowych zmian w obrębie OUN u chorych leczonych systemowo inhibitorami EGFR, ALK i ROS1 dopuszcza się kontynuowanie leczenia po zastosowaniu leczenia miejscowego ablacyjnego (radioterapia, radioterapia stereotaktyczna wysokodawkowa lub chirurgia);       5. w czasie leczenia konieczne jest wykonywanie badań obrazowych (dodatkowe badania obrazowe wykonuje się w zależności od sytuacji klinicznej):          1. przed leczeniem – do 28 dni przed zastosowaniem pierwszej dawki leku,          2. w czasie leczenia – co 3 miesiące przez pierwsze 2 lata leczenia, a następnie co 6 miesięcy (dotyczy chorych z utrzymującymi się korzyściami klinicznymi);       6. badania obrazowe obejmują ocenę według aktualnie obowiązujących kryteriów RECIST:          1. zmiany pierwotnej – badanie tomografii komputerowej (TK) klatki piersiowej z objęciem nadbrzusza,          2. zmian przerzutowych – badanie TK lub inne badania obrazowe (np. magnetyczny rezonans – MR, pozytonowa tomografia emisyjna – PET).   1. **Inhibitory PD-1 (pembrolizumab, cemiplimab, niwolumab, niwolumab w skojarzeniu z ipilimumabem lub PD-L1 (atezolizumab)**   Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z zasadami terapii oraz z kryteriami wyłączenia z programu.   * + - 1. stosowanie inhibitorów immunologicznych punktów kontrolnych (pembrolizumab, niwolumab, ipilimumab, cemiplimab**,** atezolizumab) jest prowadzone do stwierdzenia progresji choroby lub wystąpienia poważnych działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia;       2. w przypadku pojawienia się w trakcie leczenia jednej do trzech – nowych – zmian poza ośrodkowym układem nerwowym (OUN) u chorych leczonych systemowo inhibitorami immunologicznych punktów kontrolnych dopuszcza się kontynuowanie leczenia po zastosowaniu miejscowego leczenia ablacyjnego (najczęściej radioterapia stereotaktyczna wysokodawkowa lub chirurgia);       3. w przypadku pojawienia się w trakcie leczenia nowych zmian w obrębie OUN u chorych leczonych inhibitorami immunologicznych punktów kontrolnych dopuszcza się kontynuowanie leczenia po zastosowaniu miejscowego leczenia ablacyjnego (radioterapia, radioterapia stereotaktyczna wysokodawkowa lub chirurgia);       4. w czasie leczenia konieczne jest wykonywanie badań obrazowych (dodatkowe badania obrazowe wykonuje się w zależności od sytuacji klinicznej):          1. przed leczeniem – do 28 dni przed zastosowaniem pierwszej dawki leku,          2. w czasie leczenia – co 3 miesiące przez pierwsze 2 lata leczenia, a następnie co 6 miesięcy (dotyczy chorych z utrzymującymi się korzyściami klinicznymi);       5. badania obrazowe obejmują ocenę według aktualnie obowiązujących kryteriów RECIST:          1. zmiany pierwotnej – badanie tomografii komputerowej (TK) klatki piersiowej z objęciem nadbrzusza,          2. zmian przerzutowych – badanie TK lub inne badania obrazowe (np. magnetyczny rezonans – MR, pozytonowa tomografia emisyjna – PET).       6. w przypadku leczenia atezolizumabem w drobnokomórkowym raku płuca dopuszcza się profilaktyczną radioterapię OUN w trakcie stosowania atezolizumabu w fazie leczenia podtrzymującego (monoterapia).   1. **Inhibitor PD-L1 (durwalumab)**   Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z zasadami oraz kryteriami wyłączenia z programu.   * + - 1. stosowanie durwalumabu w leczeniu konsolidującym(pkt 1.8)jest prowadzone do stwierdzenia progresji choroby lub wystąpienia nieakceptowalnej toksyczności lub maksymalnie przez 12 miesięcy. Podczas stosowania durwalumabu możliwe jest okresowe przerwanie leczenia zgodnie z ChPL;       2. w czasie leczenia konieczne jest wykonywanie badań obrazowych (dodatkowe badania obrazowe wykonuje się w zależności od sytuacji klinicznej):          1. przed leczeniem – w okresie do 6 tygodni od zakończenia radiochemioterapii,          2. w czasie leczenia – co 3 miesiące,       3. badania obrazowe obejmują ocenę według aktualnie obowiązujących kryteriów RECIST:          1. zmiany pierwotnej – badanie tomografii komputerowej (TK) klatki piersiowej z objęciem nadbrzusza.  1. **Kryteria wyłączenia z programu**    * + 1. wystąpienie progresji choroby potwierdzonej w badaniu przedmiotowym lub/i obrazowym ocenionej według aktualnie obowiązujących kryteriów RECIST           1. oligoprogresja – w przypadku pojawienia się w trakcie leczenia jednej do trzech – nowych zmian poza ośrodkowym układem nerwowym (OUN) u chorych leczonych systemowo inhibitorami EGFR, ALK, ROS1 oraz inhibitorami immunologicznych punktów kontrolnych dopuszcza się kontynuowanie leczenia po zastosowaniu miejscowego leczenia ablacyjnego (najczęściej radioterapia stereotaktyczna wysokodawkowa lub chirurgia),           2. oligoprogresja – w przypadku pojawienia się w trakcie leczenia nowych zmian w obrębie OUN u chorych leczonych systemowo inhibitorami EGFR, ALK, ROS1 oraz inhibitorami immunologicznych punktów kontrolnych dopuszcza się kontynuowanie leczenia po zastosowaniu miejscowego leczenia ablacyjnego (radioterapia, radioterapia stereotaktyczna wysokodawkowa lub chirurgia),           3. powyższa sytuacja (oligoprogresja) nie dotyczy chorych leczonych konsolidująco durwalumabem po radiochemioterapii oraz chorych leczonych na drobnokomórkowego raka płuca z udziałem atezolizumabu.        2. pogorszenie (istotne klinicznie) stanu chorego bez progresji potwierdzonej w badaniu przedmiotowym;        3. wystąpienie klinicznie istotnej toksyczności leczenia lub wystąpienie przynajmniej jednego działania niepożądanego będącego zagrożeniem życia według oceny lekarza prowadzącego;        4. wystąpienie toksyczności leczenia wymagającej zakończenia leczenia zgodnie z aktualnie obowiązującą ChPL;        5. wystąpienie istotnej klinicznie nadwrażliwości na lek lub na substancję pomocniczą;        6. obniżenie stanu sprawności do stopnia 3-4 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG;        7. przerwanie stosowania inhibitorów EGFR, ALK, ROS1 dłuższe niż 8 tygodni albo inhibitorów immunologicznych punktów kontrolnych dłuższe niż 12 tygodni wskutek wystąpienia niepożądanych działań leczenia;        8. pogorszenie jakości życia chorego o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;        9. wycofanie zgody na udział w programie (rezygnacja chorego);        10. upłynięcie 12 miesięcznego okresu leczenia – dotyczy stosowania durwalumabu do leczenia konsolidującego. 2. **Kontynuacja leczenia chorych po zakończeniu finansowania w ramach chemioterapii niestandardowej**    * + 1. z dniem 1 kwietnia 2018 roku do programu kwalifikowani mogą być chorzy, których leczenie było finansowane do tego dnia w ramach programu chemioterapii niestandardowej;        2. kwalifikacja, o której mowa w pkt. 1, dotyczy leczenia tą samą substancją czynną, która była finansowana w ramach programu chemioterapii niestandardowej;        3. chorzy, o których mowa w pkt. 1, nie muszą spełniać w chwili kwalifikacji innych kryteriów wymaganych do włączenia do programu;        4. chorzy, o których mowa w pkt. 1, kontynuują leczenie w ramach programu do momentu podjęcia decyzji przez lekarza prowadzącego o zakończeniu leczenia danym lekiem. 3. **Kryteria włączenia do programu chorych leczonych w ramach innego sposobu finansowania terapii**    * + 1. do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii, w celu zapewnienia kontynuacji leczenia, o ile na dzień rozpoczęcia terapii spełnili stosowne kryteria włączenia oraz nie mają przeciwwskazań do leczenia oraz nie spełniają kryteriów wyłączenia wskazanych w punkcie 3., a łączny czas leczenia od rozpoczęcia terapii jest nie dłuższy niż wskazano w punkcie 2. | 1. **Dawkowanie leków w programie**   Dawkowanie i modyfikacja dawkowania zgodnie z Charakterystykami Produktu Leczniczego (ChPL) poszczególnych leków. | 1. **Badania przy kwalifikacji do leczenia**    * + 1. histologiczne lub cytologiczne potwierdzenie określonego typu niedrobnokomórkowego lub drobnokomórkowego raka płuca lub międzybłoniaka opłucnej zgodnie z kryteriami kwalifikowania chorych;        2. potwierdzenie obecności odpowiednich czynników molekularnych (stan genów *EGFR* lub *ALK* lub *ROS1*) oraz immunohistochemicznych (stopień ekspresji PD-L1) zgodnie z kryteriami kwalifikowania chorych;        3. morfologia krwi z rozmazem;        4. oznaczenia stężenia kreatyniny;        5. oznaczenie stężenia bilirubiny;        6. oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;        7. oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;        8. oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej;        9. oznaczenie T3, T4 i TSH w przypadku stosowania inhibitorów PD-1 lub PD-L1;        10. elektrokardiografia (EKG);        11. badanie TK klatki piersiowej z objęciem nadbrzusza;        12. inne badania obrazowe w zależności od sytuacji klinicznej. 2. **Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia**    * + 1. morfologia krwi z rozmazem;        2. oznaczenia stężenia kreatyniny;        3. oznaczenie stężenia bilirubiny;        4. oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;        5. oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;        6. oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej;        7. oznaczenie T3, T4 i TSH w przypadku stosowania inhibitorów PD1 lub PD L1;        8. EKG;        9. oznaczenie aktywności kinazy fosfokreatynowej w przypadku alektynibu albo brygatynibu.   W przypadku stosowania TKI: EGFR, ALK i ROS1 wymienione badania powinny być wykonywane w odstępach 4 tygodniowych przez pierwsze 3 miesiące leczenia, a następnie co 3 miesiące.  W przypadku stosowania immunoterapii wymienione badania powinny być wykonywane w odstępach 4-8 tygodniowych przez pierwsze 3 miesiące leczenia, a następnie co 3 miesiące.  W przypadku leczenia konsolidującego durwalumabem badania powinny być wykonywane w odstępach 4 tygodniowych przez pierwsze 3 miesiące leczenia, a następnie co 3 miesiące (wyjątek – badania czynnościowe tarczycy i badanie EKG wykonywane co 12 tygodni).  W przypadku leczenia skojarzonego pembrolizumabem z chemioterapią lub niwolumabem w skojarzeniu z ipilimumabem i dwoma cyklami chemioterapii:  pkt 1-8 przed każdym podaniem chemioterapii (w tym pemetreksedu w terapii podtrzymującej),  pkt 1-8 w trakcie leczenia podtrzymującego wyłącznie pembrolizumabem co 3 miesiące.  W przypadku leczenia skojarzonego atezolizumabem z chemioterapią - wymienione badania powinny być wykonywane przed każdym cyklem.  W fazie leczenia podtrzymującego atezolizumabem – badania z pkt 1-8 co 4-8 tygodni przez pierwsze 3 miesiące leczenia, a następnie co 3 miesiące.  W przypadku nintedanibu badania wykonywane są co 2 cykle leczenia – w trakcie leczenia skojarzonego z docetakselem, natomiast w trakcie monoterapii nintedanibem co 8 tygodni.  Każde z badań diagnostycznych może zostać wykonane dodatkowo w dowolnym momencie leczenia w zależności od wskazań klinicznych.   1. **Monitorowanie skuteczności leczenia**    * + 1. badanie TK klatki piersiowej z objęciem nadbrzusza;        2. inne badania obrazowe konieczne do oceny zmian w zależności od miejsca oceny zmian przerzutowych i w zależności od sytuacji klinicznej.   Badania wykonywane są co 3 miesiące przez pierwsze 2 lata leczenia, a następnie co 6 miesięcy (dotyczy chorych z utrzymującymi się korzyściami klinicznymi).  W przypadku leczenia atezolizumabem w drobnokomórkowym raku płuca – co 2 cykle w trakcie immunochemioterapii, następnie co 3 miesiące przez pierwsze 2 lata leczenia, następnie co 6 miesięcy (dotyczy chorych z utrzymującymi się korzyściami klinicznymi).  W przypadku nintedanibu badania wykonywane są co 2 cykle leczenia – w trakcie leczenia z docetakselem, następnie co 3 miesiące przez pierwsze 2 lata leczenia, a następnie co 6 miesięcy (dotyczy chorych z utrzymującymi się korzyściami klinicznymi).  W monitorowaniu bezpieczeństwa leczenia należy uwzględnić inne parametry laboratoryjne – zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego – jeżeli są wymagane.   1. **Monitorowanie programu**    * + 1. gromadzenie w dokumentacji medycznej danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;        2. uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;        3. przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej) zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ;        4. w przypadku chorych, o których mowa w sekcji Świadczeniobiorcy 4. pkt 1, nie jest wymagane uzupełnianie danych i informacji w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych. |